

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО "ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 68-ой научной сессии сотрудников университета

31 января – 1 февраля 2013 года

ВИТЕБСК - 2013

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, доцент Э.А. Аскерко, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент В.В. Столбицкий, доцент И.А. Флоряну

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.

Материалы 68-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2013. – 663 с.

ISBN 978-985-466-633-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2013

ISBN 978-985-466-633-4

ным кровотоком, как в локтевой, так и в бедренной вене на здоровой стороне ($p < 0,05$).

Сдвиги показателей в регионе поражения после лечения, расценивались как признак сохраняющейся активности воспаления. Дополнительный курс лечения до восстановления иммунологических показателей в регионе поражения позволил получить стойкую ремиссию хронического остеомиелита в течение не менее шести месяцев.

Выводы. Исследование показателей активности иммунной системы в регионе поражения позволяет получить более объективные критерии эффективности лечебных мероприятий при хроническом остеомиелите.

Метод сопоставления иммунологических показателей активности воспаления в системном кровотоке и регионе поражения при хроническом остеомиелите нижних конечностей, можно рекомендовать для использования в клиниче-

ской практике, как доступный, патофизиологически обоснованный и высокоинформативный.

Литература:

1. Алексеев, Д.Г. Особенности иммунного статуса больных хроническим остеомиелитом в зависимости от этиологии заболевания / Д.Г. Алексеев, И.В. Ишутов // Актуальные вопросы современной медицины: материалы науч. конф. - Витебск, 2005. - С. 154-155.
2. Новикова, И.А. «Иммунология» / И.А. Новикова. - Минск, 2009.
3. Манько, В.М. Иммуномодуляция: история, тенденции развития, современное состояние и перспективы: Обзор / В.М. Манько, Р.В. Петров, Р.М. Хаитов // Иммунология. - 2002. - № 3. - С. 132-138.
4. Хаитов, Р.М. Современные иммуномодуляторы: основные принципы их применения / Р.М. Хаитов, Б.В. Пинегин // Иммунология. - 2000. - № 5. - С. 4-7.

СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ПРОКТОЛОГИИ

Буянов И.В., Федянин С.Д., Папкович Л.В., Дроздов В.М., Соколовский В.О.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

ГУЗ «Витебская городская центральная клиническая больница»

Актуальность. В последние годы отмечается рост сочетанных заболеваний прямой и толстой кишки. Первые сообщения о существовании одновременно двух и более заболеваний прямой и толстой кишки появились в литературе 40-50 лет назад. Интерес колопроктологов к сочетанным заболеваниям объясняется прежде всего большим удельным весом последних в структуре колопроктологических заболеваний. В специализированных проктологических отделениях данная группа пациентов составляет около 15% [1, 3].

Большинство современных хирургов склоняются к более активной хирургической тактике и целесообразности выполнения сочетанных операций. Сочетанные операции, во-первых, избавляют пациента сразу от нескольких заболеваний, во-вторых, устраняют риск повторных оперативных вмешательств, в третьих, повышают экономическую эффективность лечения [2, 4].

Цель. Изучить способы и результаты оперативного лечения пациентов при сочетанных заболеваниях прямой кишки.

Материал и методы. В проктологическом отделении ГУЗ «ВГЦКБ» за 2010-2011 годы одномоментные операции по поводу сочетанных заболеваний прямой кишки и аноректальной зоны выполнены у 107 пациентов, что составляет 10% от общего числа лиц оперированных по поводу колопроктологических заболеваний.

Мужчин было 39 (36,45%), женщин 68 (63,55%). По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 20 лет – 1 (0,93%); 21-30 лет – 9 (8,41%); 31-40 лет – 18 (16,82%); 41-50 лет – 29 (27,1%); 51-60 лет – 30 (28,04%); 61-70 лет – 18 (16,82%); старше 70 лет – 2 (1,87%).

При обследовании пациентов применялись клинические, лабораторные, биохимические, цитологические, иммунологические, ультразвуковое исследования. При эндоскопическом ис-

следовании у 93% больных с сочетанными заболеваниями прямой кишки выявлены воспалительные изменения со стороны слизистой оболочки. При исследовании микрофлоры у 60% пациентов отмечены явления дисбактериоза 1-2 степени.

Следует подчеркнуть, что у 92 (85,98%) оперированных пациентов одним из сопутствующих заболеваний был хронический геморрой, являющийся фоновым заболеванием, предрасполагающим к возникновению патологических процессов в прямой кишке.

Результаты и обсуждение. При заболеваниях

прямой кишки производились следующие сочетанные операции: (таблица 1).

Из 107 больных хорошие результаты получены у 97 человек (90,65%), удовлетворительные у 8 человек (7,48%), неудовлетворительные у 2 человек (1,87%).

Средний срок пребывания в стационаре после одномоментных операций составил 10,8 койко-дня, а у пациентов с одним заболеванием 8,3 койко-дня.

Таблица 1.

Сочетанные операции при заболеваниях прямой кишки

№	Диагноз	Название операции	Кол-во операций	Всего
1.	Хронический геморрой + трещина + полип анального канала	Геморроидэктомия, иссечение трещины, полипэктомия, боковая подкожная сфинктеротомия	3	8
		Геморроидэктомия, иссечение трещины, полипэктомия	2	
		Геморроидэктомия, полипэктомия, пластика анального канала	2	
		Прошивание кровоточащих геморроидальных узлов, полипэктомия, подкожная боковая сфинктеротомия	1	
2.	Хронический геморрой + полип анального канала	Геморроидэктомия, полипэктомия	19	20
		Дезартеризация, лифтинг геморроидальных узлов, полипэктомия	1	
3.	Хронический геморрой + трещина анального канала	Геморроидэктомия, иссечение трещины	19	33
		Геморроидэктомия, иссечение трещины, боковая сфинктеротомия	8	
		Иссечение трещины, геморроидэктомия, проктопластика	5	
		Иссечение трещины и узлов с низведением слизистой	1	
4.	Хронический геморрой + ректовагинальный свищ	Геморроидэктомия, передняя сфинктеропластика	1	1
5.	Хронический геморрой + трещина анального канала + параректальный свищ	Геморроидэктомия, иссечение трещины, иссечение свища с низведением слизистой	1	1
6.	Хронический геморрой + кандиломатоз заднего прохода	Геморроидэктомия, иссечение кандилом	1	1
7.	Хронический геморрой + трещина анального канала + параректальный свищ	Геморроидэктомия, иссечение трещины, иссечение свища с низведением слизистой	1	1
8.	Хронический геморрой + параректальный свищ	Геморроидэктомия, иссечение свища	8	8
9.	Рубцовая деформация анального канала + полип	Полипэктомия, проктопластика	1	1

№	Диагноз	Название операции	Кол-во операций	Всего
10.	Трещина анального канала + параректальный свищ	Иссечение трещины, проктопластика	3	3
11.	Трещина анального канала + липома перианальной области	Иссечение трещины с низведением слизистой, иссечение липомы	1	1
12.	Рубцовая деформация анального канала + трещина + полип	Полипэктомия, иссечение трещины, проктопластика	1	1
13.	Хроническая трещина + полип анального канала	Полипэктомия, иссечение трещины	7	10
		Полипэктомия, иссечение трещины, боковая сфинктеротомия	3	
14.	Рубцовая деформация заднего прохода + стриктура + полип анального канала	Полипэктомия, проктопластика	2	2
15.	Рубцовая деформация + стриктура + трещина + полип анального канала	Полипэктомия, иссечение трещины, проктопластика	2	2
16.	Рубцовая деформация + трещина анального канала	Иссечение трещины, проктопластика	1	1
17.	Ректоцеле 2 ст. + недостаточность анального сфинктера 1 ст. + трещина анального канала	Кольпоперинеорафия с реконструкцией ректовагинальной перегородки полипропиленовой сеткой, иссечение трещины	2	2
18.	Ректоцеле 2 ст. + недостаточность анального сфинктера 1 ст.	Передняя сфинктеролеваторопластика с укреплением ректовагинальной перегородки полипропиленовой сеткой, пластика анального канала	1	1
19.	Ректоцеле 2 ст. + недостаточность анального сфинктера 1 ст.+ хронический геморрой + полип анального канала	Передняя сфинктеролеваторопластика с укреплением ректовагинальной перегородки полипропиленовой сеткой, полипэктомия, пластика анального канала	1	2
		Кольпоперинеорафия с реконструкцией ректовагинальной перегородки полипропиленовой сеткой, полипэктомия	1	
20.	Ректоцеле 2 ст. + недостаточность анального сфинктера 1 ст. + хронический геморрой	Сфинктеропластика с укреплением ректовагинальной перегородки полипропиленовой сеткой, геморроидэктомия	3	7
		Кольпоперинеорафия с реконструкцией ректовагинальной перегородки полипропиленовой сеткой, геморроидэктомия	4	
21.	Ректоцеле 2 ст. + недостаточность анального сфинктера 1 ст. + выпадение слизистой + хронический геморрой + трещина анального канала	Передняя сфинктеролеваторопластика с реконструкцией ректовагинальной перегородки полипропиленовой сеткой, иссечение трещины, геморроидэктомия	1	1

Из осложнений следует отметить следующие: у одного пациента с хроническим геморроем и полипом анального канала послеоперационный период осложнился обострением неспецифического язвенного колита, что увеличило койко-

день до 46; у пациента с ректоцеле и недостаточностью сфинктера в послеоперационном периоде длительно сохранялся болевой синдром, что вынудило привлечь к диагностике и лечению других специалистов (невролог, психиатр) и бы-

ло обусловлено органическим эмоционально-лабильным расстройством личности.

Выводы. Полученные результаты хирургического лечения сочетанных заболеваний прямой кишки свидетельствуют о целесообразности выполнения одномоментных операций в проктологии.

Литература:

1. О целесообразности сочетанных операций у проктологических больных / В.Ю. Алипов [и др.] // Хирургия. – 2000. – № 1. – С. 41–43.

2. Фёдоров, В.Д. Среднетяжёлые одномоментные сочетанные операции / В.Д. Фёдоров // Хирургия. – 1993. – № 3. – С. 3–7.

3. Сочетанные заболевания анального канала / В.М. Тимербулатов [и др.] // Вестник хирургии. – 1991. – № 7. – С. 99–101.

4. Сочетанные операции при заболеваниях толстой кишки / В.М. Тимербулатов [и др.] // Вестник хирургии. – 1987. – № 4. – С. 32–33.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ОСЛОЖНЕННАЯ ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Зеньков А.К.,¹ Штурич И.П.,¹ Рящиков А.А.,² Москалев К.В.,¹ Украинец Е.А.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебская областная клиническая больница»²

Актуальность. В последние десятилетия продолжается рост числа пациентов желчно-каменной болезнью (ЖКБ). Операции на желчном пузыре и желчных протоках занимают первое место среди всех вмешательств на органах брюшной полости.

Наиболее тяжелыми заболеваниями внепеченочных желчных путей являются те, которые проявляются непроходимостью их с клиническим проявлением механической желтухи (МЖ), холангита и печеночной недостаточности (ПН). Проблемы диагностики, дифференциальной диагностики и хирургического лечения причин обтурации желчных путей, несмотря на достижения современной медицины, не утратили своей актуальности и в настоящее время.

Желчные камни при ЖКБ в желчных протоках обнаруживаются в 8–15% случаев, во внутрипеченочных протоках в 1% случаев (3). Частота холедохолитиаза с возрастом пациентов при ЖКБ увеличивается до 15–60%. Установлено, что у лиц пожилого возраста отмечается физиологическое увеличение поступления холестерина в желчь и снижение секреции желчных кислот, что может объяснить увеличение частоты ЖКБ в этой возрастной группе.

В настоящее время в лечении пациентов с холедохолитиазом и рубцовой стриктурой дистального отдела холедоха существует несколько

методов оперативных пособий – классическая открытая холедохолитотомия с наружным дренированием общего желчного протока, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией корзинкой «Dormia» или зондом Фогарти, различные варианты эндопртезирования, методы дробления желчных камней ультразвуком, лазером.

Цель. Оптимизировать хирургическое лечение пациентов с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и стриктурой холедоха с использованием эндоскопических технологий.

Материал и методы. Наш материал основан на анализе результатов лечения 510 пациентов с ЖКБ, холедохолитиазом и стриктурами дистального отдела холедоха, лечившихся на базе УЗ «Витебская областная клиническая больница» с 2000 по сентябрь 2012 г. Мужчин было 131, женщин – 379. Возраст пациентов был от 27 до 88 лет. У 436 из них при поступлении была диагностирована ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, МЖ (механическая желтуха).

Анализ нашего клинического материала показал, что чаще всего симптомы холедохолитиаза наслаиваются на клиническую картину калькулезного холецистита, по поводу чего пациенты обращаются за медицинской помощью. Это боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, правое надплечье, в пояс-